



## ОТЧЕТ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ

### DISABILITY REPORT

Медицинское решение об инвалидности

DSHS 14-144A

Форма отчета об инвалидности DSHS 14-144A включает информацию об инвалидности клиента, медицинские свидетельства и трудовую историю, для того чтобы Отдел по определению инвалидности (Division of Disability Determination, DDDS) использовал эти сведения при установлении медицинской инвалидности.

Социальный работник заводит форму DSHS 14-144A. Социальный работник должен проследить, чтобы в форме были указаны имя работника, отдел социального обеспечения (CSO) и номер телефона. Отметьте соответствующую графу для указания, что подан запрос на определение инвалидности с целью получения медицинской помощи без дотаций (Non-Grant Medical Assistance, NGMA) или медицинского обслуживания для работников с инвалидностью (Healthcare for Workers with Disabilities, HWD). Включите эту заполненную форму в пакет документов относительно решения об инвалидности.

1. Социальный работник заполняет заголовок, где указывает имя, номер социального обеспечения (SSN) и заболевание, ставшее причиной инвалидности клиента.
2. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть 1 – Информация о вашем состоянии. Даты не обязательно должны быть точные, но месяц и год должны быть указаны.
3. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть 2 – Информация о ваших медицинских данных. Важно указать врачей и источники получения лечения как можно более полно.
4. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть 3 – Информация о вашей деятельности. Социальный работник должен рассмотреть информацию, чтобы удостовериться, что ограничения клиента четко обозначены.
5. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть 4 – Информация о вашем образовании. Необходимо отметить, если занятия в школе проходили по специализированному курсу.
6. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть 5 – Информация о работе, которую вы выполняли. Необходимо указать вид трудовой деятельности, а не конкретных работодателей.
7. Социальный работник может помочь клиенту заполнить пункт 1 в Части 6 – Примечания. Пункты со 2 по 6 должны заполняться социальным работником.

# ОТЧЕТ ОБ ИНВАЛИДНОСТИ

Медицинское решение об инвалидности

ЗАПРОС НА:	
<input type="checkbox"/>	Медицинскую помощь без дотаций (NGMA)
<input type="checkbox"/>	Медицинское обслуживание для работников с инвалидностью (HWD)

Эта форма заполняется работником социального обеспечения во время опроса истца или представителя истца. **Пожалуйста, напечатайте, впишите печатными буквами или разборчивым почерком данные и ответьте на все пункты наилучшим образом.** Ответьте на все вопросы. Полные ответы помогают обрабатывать иск. Если вам требуется больше места для ответа на какие-нибудь вопросы, перейдите к части 6 или приложите дополнительные листы.

1. ИМЯ ИСТЦА	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ РАЙОНА)
4. КАКОВО ВАШЕ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, СТАВШЕЕ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ? КРАТКО ОПИШИТЕ ТРАВМУ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВАМ РАБОТАТЬ.		

## ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ

1. Когда ваше нарушение здоровья впервые доставило вам беспокойство? МЕСЯЦ      ДЕНЬ      ГОД
- 2A. Работали ли вы после даты, указанной в пункте 1 выше? Если вы ответили "нет", перейдите к пунктам 3A и 3B ниже ДА      НЕТ
- 2B. Если вы ответили "да" на вопрос 2A, привело ли ваше состояние к тому, что вы сменили:  
 Вашу работу или рабочие обязанности? ..... □      □  
 Ваши часы работы? ..... □      □  
 Вашу посещаемость работы? ..... □      □  
 Что-то еще в вашей работе? ..... □      □
- 2C. Если вы ответили "да" на любой вопрос в пункте 2B, объясните, какие изменения в работе произошли, даты, когда это случилось, и как ваше состояние обусловило эти изменения:

- 3A. Когда состояние вашего здоровья окончательно повлекло остановку вашей деятельности МЕСЯЦ      ДЕНЬ      ГОД
- 3B. Опишите, каким образом состояние вашего здоровья не позволяет вам работать в настоящее время:

## ЧАСТЬ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

1. Укажите следующую информацию о враче, у которого находятся последние медицинские данные о вашей инвалидности:		<input type="checkbox"/> Отметьте здесь, если у истца нет НИКАКОГО врача
ИМЯ ВРАЧА	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ РАЙОНА)	КАК ЧАСТО ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ ЭТОГО ВРАЧА?
АДРЕС		ДАТА ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ		ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ (т. е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ В СВЯЗИ СО СВОЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВА, НАПИШИТЕ <u>НЕТ</u> )		

2. Вы обращались к какому-либо другому врачу после начала вашей инвалидности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет      Если да, ответьте на следующее.		
ИМЯ ВРАЧА	3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ РАЙОНА)	КАК ЧАСТО ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ ЭТОГО ВРАЧА?
АДРЕС		ДАТА ПЕРВОГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ		ДАТА ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ЭТОГО ВРАЧА
ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ (т.е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ В СВЯЗИ СО СВОЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВА, НАПИШИТЕ <u>НЕТ</u> )		
<b>Если вы обращались к другим врачам с начала этой болезни или травмы, приложите дополнительные страницы с вышеуказанной информацией.</b>		

**ЧАСТЬ 2 ИНФОРМАЦИЯ О ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

3. Были ли вы госпитализированы или лечились в клинике в связи с вашим состоянием инвалидности?  Да  Нет Если да, ответьте на следующее.

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ		АДРЕС
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ		
Были ли вы стационарным пациентом (оставались в больнице по крайней мере на одну ночь?) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ответьте на следующие вопросы.		Были ли вы амбулаторным пациентом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите даты ваших приемов.
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	

БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ (т.е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ В СВЯЗИ СО СВОЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВА, НАПИШИТЕ НЕТ)

4. Если вы были в другой больнице или клинике в связи с вашей болезнью или травмой, ответьте на следующее:

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ		АДРЕС
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ		
Были ли вы стационарным пациентом (оставались в больнице по крайней мере на одну ночь?) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ответьте на следующие вопросы.		Были ли вы амбулаторным пациентом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите даты ваших приемов.
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	

БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОЙ ВЫ ПРОХОДИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ (т.е. ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, ОБЛУЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ В СВЯЗИ СО СВОЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ОНИ ВАМ ИЗВЕСТНЫ. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВА, НАПИШИТЕ НЕТ)

*Если вы обращались в другие больницы или клиники в связи с вашей болезнью или травмой, укажите имена, адреса, номера пациента или клиники, даты и причины в Части 6 или приложите дополнительные страницы.*

5. Проходили ли вы какие-либо из следующих обследований в прошлом году? Отметьте соответствующие графы ниже и, если вы отвечаете "да", укажите, где и когда проводилось обследование.

ОБСЛЕДОВАНИЕ	ДА	НЕТ	ГДЕ ПРОВОДИЛОСЬ	КОГДА
Электрокардиограмма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Рентген грудной клетки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Другой рентген (укажите тип):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Обследование дыхания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Анализы крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Другое (укажите):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Если у вас есть карточка Medicaid, укажите номер: \_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ 3. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Сказал ли вам ваш врач сократить или ограничить вашу деятельность каким-либо образом?  Да  Нет  
Если да, укажите имя врача ниже и напишите, что он или она сказали по поводу сокращения или ограничения вашей деятельности.

### ЧАСТЬ 3. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

2. Опишите вашу повседневную деятельность в следующих областях и укажите, что и в каком количестве вы выполняете и как часто вы это делаете.

- Работа по дому (включая приготовление пищи, уборку, покупки и случайную работу по дому).
- Отдых и хобби (охота, рыбалка, боулинг, туризм, музыкальные инструменты и т.д.).
- Общественные контакты (посещения друзей, родственников, соседей).
- Другое (вождение машины, мотоцикла, поездки на автобусе и т.д.).

### ЧАСТЬ 4. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ОБРАЗОВАНИИ

1. Сколько классов в школе вы закончили? \_\_\_\_\_ В каком году? \_\_\_\_\_

2. Посещали ли профтехучилище или проходили какую-нибудь специальную подготовку?  Да  Нет Если да, ответьте на следующее.

ТИП ПРОФТЕХУЧИЛИЩА ИЛИ КУРСА	ПРИМЕРНЫЕ ДАТЫ ВАШЕГО ПОСЕЩЕНИЯ
------------------------------	---------------------------------

КАК ЭТО ОБУЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЛОСЬ В КАКОЙ-ЛИБО РАБОТЕ, КОТОРУЮ ВЫ ВЫПОЛНЯЛИ

### ЧАСТЬ 5. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ, КОТОРУЮ ВЫ ВЫПОЛНЯЛИ

1. Укажите все места работы, где вы работали за последние 15 лет до прекращения работы, начиная с вашей обычной работы. Это означает работу, которой вы занимались дольше всего. Если у вас 6 классов или меньше образования И ПРИ ЭТОМ вы занимались только тяжелым непрофессиональным трудом в течение 35 лет или более, укажите все места работы, которые у вас были с начала трудовой деятельности. Если вам нужно больше места, приложите дополнительные страницы или используйте Часть 6.

ДОЛЖНОСТЬ	ТИП ПРЕДПРИЯТИЯ	С	ДО	ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ	УРОВЕНЬ ОПЛАТЫ (В ЧАС, ДЕНЬ, НЕДЕЛЮ, МЕСЯЦ ИЛИ ГОД)

2A. На вашей работе, указанной выше, вы:

Использовали какие-либо машины, инструменты или оборудование? .....

ДА

НЕТ

Использовали технические знания или навыки? .....

ДА

НЕТ

Писали, заполняли отчеты или выполняли аналогичные обязанности? .....

ДА

НЕТ

Имели обязанности по контролю? .....

ДА

НЕТ

2B. Объясните все, на что вы ответили "да", предоставив полное описание следующего: типы машин, инструментов или оборудования, которыми вы пользовались, и точные операции, которые вы выполняли; технические знания или навыки, которые вы применяли; тип письменных работ, которыми вы занимались, характер любых составляемых вами отчетов; количество людей, которых вам приходилось контролировать, и степень вашего контроля.

## ЧАСТЬ 5. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ, КОТОРУЮ ВЫ ВЫПОЛНЯЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

2C. Опишите тип и объем физической деятельности, которая требовалась для вашей обычной работы в обычные дни, отметив ответы ниже.

Сколько часов в день вы:      Ходили?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

Стояли?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

Сидели?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

Как часто в день вы:      Наклонялись?  Никогда  Редко  Часто  Постоянно  
Тянулись к чему-  Никогда  Редко  Часто  Постоянно

Поднимание и перенос вещей: опишите, что вы поднимали и как далеко переносили.

Какой самый тяжелый вес вы поднимали?  10 фунтов  20 фунтов  50 фунтов  100 фунтов  более 100 фунтов  
Какой вес вы часто поднимали или переносили?  до 10 фунтов  до 25 фунтов  до 50 фунтов  более 50 фунтов

## ЧАСТЬ 6. ПРИМЕЧАНИЯ

1. Используйте этот раздел как дополнительное место для ответов на любые предыдущие вопросы. Также используйте это место для предоставления любой информации, которая, по вашему мнению, будет полезной при принятии решения по вашему иску в связи с инвалидностью (например информации о других болезнях или травмах, не указанных выше).

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКОМ

ДА  НЕТ

2. Говорит ли истец по-английски? Если нет, на каком языке он/она говорит: .....
  3. Нуждается ли истец в помощи при обработке его или ее иска? .....
- Если да, назовите имя, взаимоотношения с истцом и номер телефона лица, желающего помочь истцу.
4. Можно ли легко дозвониться до истца (или представителя истца) по телефону без проблем общения из-за трудностей, связанных с языком, нарушениями речи или слуха? .....
  5. Отметьте, с какими из приведенных ниже трудностей (если они были) вы столкнулись при опросе истца.
- |                                  |                                    |  |                                  |
|----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Чтение  | <input type="checkbox"/> Письмо    | <input type="checkbox"/> Ответы на вопросы | <input type="checkbox"/> Слух    |
| <input type="checkbox"/> Сидение | <input type="checkbox"/> Понимание | <input type="checkbox"/> Использование рук | <input type="checkbox"/> Дыхание |
| <input type="checkbox"/> Зрение  | <input type="checkbox"/> Ходьба    | <input type="checkbox"/> Другое (указать): |                                  |

Если какие-либо из указанных выше пунктов были отмечены, опишите точные трудности, которые возникли:

6. Опишите истца полностью (например общее сложение, рост, вес, поведение, какие-либо трудности в дополнение к указанным выше):

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	ДАТА	ИМЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА (НАПЕЧАТАТЬ ИЛИ НАПИСАТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)
НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА (С КОДОМ РАЙОНА)		ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ